

L'Erythrodermie Desquamative

Généralisée

DU NOURRISSON

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 14 janvier 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

WOLTZ Guy-Eugène-Charles

né le 16 Juillet 1894, à Lunéville (M.-et-M.)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. HAUSHALTER, professeur	Président.
		FRUHINSHOLZ, professeur.....	Juges.
		ROBERT, agrégé	
		PERRIN, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE A. COLIN, 44, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1922

L'Erythrodermie Desquamative

Généralisée

DU NOURRISSON

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 14 janvier 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

WOLTZ Guy-Eugène-Charles

né le 16 Juillet 1894, à Lunéville (M.-et-M.)



EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

{	MM. HAUSHALTER, professeur	Président.	
	FRUHINSHOLZ, professeur	{	
	ROBERT, agrégé		Juges.
	PERRIN, agrégé		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. COLIN, 44, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1922

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, O ✱, I ☉.

Assesseur : M. WEISS, O ✱, I ☉.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✱, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, ✱, I ☉; PRENANT, ✱, I ☉;
F. GROSS, O ✱, I ☉; CHRÉTIEN, I ☉; HERRGOTT, O ✱, I ☉.

Professeurs.

Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, O ✱, I ☉.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I ☉.
Hygiène.....	M. MACÉ, ✱, I ☉.
Physiologie.....	M. E. MEYER, O ✱, I ☉.
Clinique médicale.....	M. SIMON, ✱, I ☉.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I ☉.
Médecine légale.....	M. P. PARISOT, O ✱, I ☉.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, ✱, I ☉.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, ✱, I ☉.
Clinique médicale.....	M. ETIENNE, ✱, I ☉.
Clinique chirurgicale.....	M. VAUTRIN, ✱, I ☉.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	M. L. SPILLMANN, ✱, I ☉.
Physique médicale.....	M. FRELICH, ✱, I ☉.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. LAMBERT, I ☉.
Histologie.....	M. FRUHHINSHOLZ, ✱, I ☉.
Anatomie descriptive.....	M. COLLIN, ✱, I ☉.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. LUGIEN, ✱, I ☉.
Clinique des voies urinaires.....	M. JACQUES, ✱, I ☉.
Médecine opératoire.....	M. ANDRÉ, ✱, I ☉.
	M. MICHEL, ✱, I ☉.

Chargés de cours complémentaires.

Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	M. MICHEL, ✱, I ☉.
Clinique des maladies mentales.....	M. PARIS, ✱, I ☉.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre.
Pathologie interne.....	M. RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre.
Accouchements (cours théorique).....	M. S. RÉMY, I ☉, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. PERRIN, I ☉, agrégé.
Thérapeutique.....	M. PERRIN, I ☉, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale.....	M. J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé.
Pathologie externe.....	M. BINET, I ☉, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1).....	M. CAUSSADE, A ☉, agrégé.
Clinique d'électrothérapie.....	M. N.

Agrégés en exercice

MM. ROBERT, I ☉.	MM. J. PARISOT, O ✱, I ☉.	MM. JOB, ✱, A ☉.
BINET, I ☉.	FAIRISE, A ☉.	JEANDELIZE.
PERRIN, I ☉.	CAUSSADE, A ☉.	P. MATHIEU, A ☉.
THIRY, ✱, I ☉.	BARTHÉLEMY, ✱, A ☉.	

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✱, I ☉; G. GROSS, ✱, I ☉; RICHON, ✱, I ☉;
S. RÉMY, A ☉; BUSQUET, I ☉.

M. H. COIFFARD, I ☉, Secrétaire.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✱, ☼, I ☉, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A la Mémoire :

de ma Mère

Pieux souvenir d'amour filial,

de mon Frère aîné

Chevalier de la Légion d'honneur,

Ancien élève de l'Ecole Polytechnique,

Lieutenant de Vaisseau,

Glorieusement disparu en mer (Haute-Adriatique)

le 17 avril 1917.

A mon Père

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A mes Frères et Sœurs.

A ma Famille.

A mes Amis.

A mon Président de thèse :

*Monsieur le Professeur Haushalter,
Professeur de Clinique Médicale Infantile,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A mes Juges :

*Monsieur le Professeur Fruhinsholz,
Professeur de Clinique Obstétricale,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Monsieur le Professeur agrégé Robert.

Monsieur le Professeur agrégé Perrin.

Avant-Propos

Le moment est venu de soumettre à nos juges ce modeste travail qui clôt nos études médicales. S'ils daignent l'approuver, c'est leur œuvre qu'ils sanctionnent ; s'ils y trouvent des lacunes, ils y reconnaîtront notre main.

Jamais nous ne les avons senti si près de notre pensée qu'en ces jours où nous élaborions cette étude, guidés par leur méthode, soutenus par leurs encouragements.

Jamais nous n'avons tant éprouvé leur maîtrise qu'au moment de nous séparer d'eux.

Ce n'est point là un sentiment nouveau. Il n'y a pas de thèse inaugurale qui ne s'ouvre sur ce thème de gratitude.

Pourtant, en le reprenant pour notre compte, nous n'avons pas l'impression de sacrifier à une coutume.

Rien de moins imprévu que cette gratitude, rien non plus de plus spontané, car chaque fois qu'elle s'exprime, c'est le fond de notre pensée qui se découvre.

Qu'il nous soit donc permis, après tant d'autres, de dire en cette page liminaire notre inaltérable attachement à la Faculté de Nancy.

Nous n'oublierons jamais l'enseignement qui s'y donne,

sa clarté, sa loyauté scientifique, la prudente hardiesse de ses méthodes et l'élégante précision de ses recherches.

Une étroite collaboration à la plus noble tâche nous unit à nos maîtres, sans autre hiérarchie que le respect imposé par la compétence.

Nous ne pouvons énumérer ici tant de professeurs éminents, mais après leur avoir offert à tous l'hommage de notre reconnaissance, nous croyons obéir à un devoir en citant ceux d'entre eux qui ont pris une part plus active à notre formation médicale.

Nous saluons respectueusement la mémoire de notre maître vénéré le Professeur Rohmer et de son fils, le docteur André Rohmer, regrettés de toute la Faculté.

Nos sentiments de gratitude vont tout particulièrement à Monsieur le Professeur Haushalter qui nous fit un accueil si bienveillant, quand le moment fut venu de choisir notre sujet de thèse. Puisse son admirable méthode demeurer notre guide au cours de notre carrière. Nous sommes heureux de lui exprimer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre jury.

Il nous est très agréable de compter Monsieur le Professeur Fruhinsholz au nombre de nos juges. Ce serait pour nous une occasion de lui témoigner notre profonde reconnaissance, si nous ne lui avions déjà manifesté nos sentiments au cours de notre stage à la Maternité.

Nous remercions Messieurs les Professeurs agrégés Robert et Perrin d'avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse :

Monsieur le Professeur Robert nous a, en toutes circonstances, témoigné un bienveillant intérêt, au cours de nos travaux pratiques aussi bien qu'à l'occasion des

recherches de laboratoire nécessaires à notre sujet de thèse.

Monsieur le Professeur Perrin nous a enseigné avec une rare distinction la thérapeutique et d'une façon pratique la crénologie en nous conduisant à la source même des eaux minérales les plus réputées.

Nous emportons le meilleur souvenir de Messieurs les Professeurs Vautrin, Etienne, Frœlich et Spillmann, dont les cliniques magistrales ont été pour nous le plus précieux des enseignements.

À Monsieur le Professeur Chauffard, dont nous avons tant apprécié l'influence au cours de l'année où nous fréquentions la clinique de l'hôpital Saint-Antoine, nous exprimons toute notre admiration.

Nous tenons aussi à remercier le Docteur Marthe Laurent, chef de clinique médicale infantile, pour les conseils et les encouragements qu'elle nous prodigua avec sa bonne grâce habituelle.

Dans ce travail, notre ami Tarte, externe du service, a été un précieux collaborateur en veillant avec soin sur nos poupons au cours d'un remplacement. Qu'il soit assuré de nos meilleurs sentiments.

Notre pensée se reporte aussi sur tous nos camarades d'études et en particulier vers notre excellent ami le Docteur Gaston Thiébaut, à qui nous adressons le témoignage de notre vive affection.

Enfin, c'est un devoir pour nous de réserver un souvenir ému à tous nos condisciples glorieusement tombés pour la Patrie.

Introduction

Parmi les malades présentés par leur mère à la consultation de notre maître M. le Professeur Haushalter, notre attention fut frappée par l'aspect de quelques nourrissons. La coloration rouge écarlate de la peau rappelait la rougeur des écrevisses sortant du court bouillon ou le ton de la peau échaudée, mais sans trace de phlyctène. Une desquamation intense de l'épiderme donnait à la peau un aspect écailleux. L'intensité de ces deux symptômes, réalisant le tableau de l'érythrodermie généralisée du nourrisson, les quelques observations que nous avons pu recueillir successivement, nous incitaient, sur les conseils de notre Maître, à faire quelques recherches sur la question, que nous avons choisie comme sujet de notre thèse.

Déjà de nombreux travaux ont été consacrés à l'érythrodermie. La thèse de M. DE VAUGIRAUD, le mémoire de COMBY nous ont appris à la mieux connaître.

Les différentes conceptions des auteurs méritent que nous consacrons à son historique la première partie de ce modeste travail. Après une étude clinique portant sur la symptomatologie, nous publions les observations recueillies à la consultation médicale infantile. Nous envisagerons alors le pronostic et l'évolution de l'affection.

Nous avons pensé qu'il était intéressant de donner un aperçu des lésions anatomo-pathologiques constatées. De l'étude minutieuse de nos petits malades, des diverses recherches clinique et de laboratoire, des symptômes observés et des résultats obtenus, ajoutés aux précédentes conclusions des auteurs, nous avons essayé de dégager quelques notions étiologiques et pathogéniques. Nous préciserons ensuite les éléments qui permettent de porter le diagnostic d'érythrodermie, en mettant en parallèle les dermopathies à allures analogues. Enfin, nous exposerons les procédés préconisés pour le traitement ; et, de cet ensemble de faits, nous nous efforcerons de tirer les conclusions logiques.

Historique

Sous le nom d'érythrodermies exfoliantes généralisées ont été groupées tout un ensemble d'affections cutanées se caractérisant au point de vue objectif par le syndrome suivant :

1° Inflammation des téguments plus ou moins accentuée, plus ou moins profonde, s'accusant extérieurement par de la rougeur plus ou moins vive du derme ;

2° Desquamation sèche de l'épiderme en lamelles ou en squames plus ou moins considérables et abondantes ;

3° Généralisation totale ou presque totale du processus morbide à toute l'étendue des téguments.

En dermatologie, ce syndrome englobe toutes les affections décrites sous le nom de dermatite exfoliante, de pityriasis rubia, de dermatite exfoliative.

Chez le nourrisson, un fait d'observation courant est la très grande sensibilité de la peau réagissant sous l'influence de causes diverses. Un autre phénomène est la desquamation physiologique qui, parfois, peut se prolonger jusqu'au 30^e et même 60^e jour, véritable muc que subit la peau des nouveau-nés. Qu'il survienne des modalités différentes d'intensité, d'évolution, de durée au cours de ces manifestations, nous aurons réalisé ce syndrome. Bien que BILLARD signale cette particularité dès

1828, les auteurs se contentent dans la suite de signaler des faits analogues sans bien distinguer la limite de la physiologique d'une part, de la pathologie d'autre part.

Ce n'est qu'en 1878 que RITTER VON RITTERSHEIM mit en relief une dermatite exfoliative des enfants à la mamelle et dont il obtint la patronymie.

Débutant le plus souvent par le pourtour de la bouche des nourrissons, âgés d'une à cinq semaines, elle se généralise bientôt à tout le tégument pour atteindre en dernier lieu les pieds et les mains. La peau, rouge pourpre, desquame en larges lames sèches. Il existe parfois des bulles en plus de ces lésions cutanées, et des phénomènes généraux : oscillations thermiques, etc. La mort survient dans la moitié des cas, souvent en moins d'une semaine.

Mais quelle est donc cette maladie, inconnue en France, sinon par la description dans tous les traités des symptômes enseignés par RITTER ?

Le tableau qui nous en est tracé provient des observations recueillies à Prague, à l'Hospice des Enfants trouvés.

Nous savons ce que nous devons penser de l'influence du milieu, facteur de « cachexie hospitalière » des mauvaises conditions hygiéniques, sans parler du traitement forcément empirique, jouant un rôle si néfaste sur de malheureux abandonnés, enfant du hasard souvent.

Quoi qu'il en soit, la maladie de Ritter est vulgarisée à l'étranger (WEYL, KAPOSI, DÜHRING), tandis qu'à la même époque, en France, les descriptions se rapprochant de ce syndrome sont considérées comme des dermatites érythémato-eczématoïdes (VIDAL, BROCCQ, BESNIER). Cette opinion se renforce avec l'observation publiée par DARIER en 1904.

Il s'agit d'un cas d'érythrodermie exfoliatrice totale chez un enfant de 5 semaines, sans troubles généraux notables. Début par le sillon rétro-auriculaire, généralisation en 9 jours. Rougeur scarlatinoïde avec squames sèches de croûtes grasses suivant les points. Guérison en 3 semaines.

L'existence chez la mère d'une blépharite ciliaire séborrhéique avec orgelet ; la présence de croûtelles jaunâtres sur le front et le cuir chevelu de l'enfant firent penser à une érythrodermie consécutive à un eczéma séborrhéique à classer parmi les séborrhéides.

Ainsi s'affirmait le point de vue de l'école française, quand Carl LEINER décrivit en 1908 un nouveau type morbide de dermatose généralisée, qu'il considérait comme autonome et dénommée par lui érythrodermie desquamative.

En 5 ans, l'auteur en rapportait 43 cas, atteignant presque exclusivement les enfants à la mamelle, à début fréquent par le cuir chevelu qui se recouvre de croûtes séborrhéiques, envahissant même la face, puis extension à tout le revêtement cutané qui se colore d'une rougeur diffuse, suivie de desquamation de l'épiderme. La coïncidence de troubles intestinaux fait penser qu'ils jouent un rôle dans l'étiologie de l'affection. Le pronostic par suite de la cachexie, de la fièvre et de la diarrhée est sombre : la mortalité est de 30 % des cas.

De l'analyse de ces faits, LEINER conclut qu'il s'agit d'une dermatose auto-toxique se rapprochant beaucoup de certaines érythrodermies exfoliantes des auteurs français, mais différente de la maladie de RITTER qui présente des formations bulleuses et dont l'évolution est rapide. Le traitement comporte, outre la balnéation, une

partie diététique pour remédier aux troubles digestifs. Là encore, nous notons que les résultats publiés proviennent des observations recueillies à Vienne à l'Hôpital Carolinen où les conditions spéciales et le traitement défectueux (bains) faussent les résultats.

A cette même époque, MOUSSOUS décrivait une affection tout à fait analogue, mais l'auteur français eut le mérite de démontrer qu'il s'agissait là d'un syndrome apparaissant plutôt comme une complication d'un érythème banal développé sur terrain séborrhéique, particularité déjà signalée par COMBY.

De nombreux cas sont alors publiés (ANDRY) qui permettent de se prononcer en faveur de cette conception de l'érythrodermie desquamative.

C'est l'opinion à laquelle notre maître, le Professeur HAUSHALTER, donne son adhésion en faisant paraître en 1910 une observation que nous rapportons au nombre des cas recueillis à Nancy. Le tableau rappelle la description de LEINER avec la séborrhée abondante du cuir chevelu, la dermatite généralisée et la desquamation copieuse.

A l'étranger, C. MACQUENNA, MORO, BORDOT et D'OVIDIO, FERNANDEZ se rangent à cet avis bien que SORGENTE et GEISMONDI maintiennent le diagnostic de maladie de RITTER.

Mais ce sont surtout les travaux de COMBY et de ses élèves, DE VAUGIRAUD et M^{lle} DE LOEWE appuyés de nombreuses observations qui ont permis d'assigner à l'érythrodermie sa véritable place dans le cadre nosologique et d'aboutir à la conclusion suivante que l'érythrodermie exfoliante, ou dermatite exfoliatrice généralisée des nourrissons, décrite avec quelques variantes par RITTER, par LEINER, par MOUSSOUS, est une seule et même affection.

Étude Clinique

Symptomatologie

Afin de bien connaître l'érythrodermie desquamative, nous en tracerons d'abord un tableau qui puisse nous permettre de l'identifier.

Sans rien préjuger de cette affection, nous pouvons considérer que parmi les manifestations possibles chez un nourrisson présentant au cours de la desquamation physiologique un érythème banal, la dermatopathie peut apparaître.

Dans la majorité des cas, il s'agit d'un enfant nourri au sein, âgé de quelques jours, de quelques semaines, de deux mois au plus. L'allaitement peut être mixte (Obs. I) ou même artificiel (LEINER, MORO). L'enfant paraît se développer normalement, sans accidents d'aucune sorte, ou bien présente des troubles digestifs légers.

La mère ne constate qu'un érythème d'apparence banale : la lésion élémentaire peut être constituée par de simples macules érythémateuses, plus ou moins étendues, quelquefois ce sont de petites vésicules fines, macérant dans les déjections de l'enfant. La lésion initiale

peut siéger en différents points : région fessière, face, etc. Elle prédomine surtout autour des orifices naturels : bouche, anus. Parfois, on ne signale qu'une rougeur du sillon auriculaire ou d'un pli cutané.

Dès lors, nous pouvons constater toutes les transitions depuis le simple érythème localisé à certaines régions du corps avec exfoliation, jusqu'à la généralisation totale de tous ces éléments confluent avec intégrité de rares et petites surfaces des téguments. COMBY réserve le nom de faits de passage à ces érythrodermies desquamatives qui restent localisées et dont nous avons observé un exemple typique (Obs. VII).

L'érythème d'un rouge écarlate laisse l'enfant indifférent ou parfois provoque des démangeaisons, de la cuisson que l'enfant manifeste en s'agitant, en se remuant, en se frottant la tête contre l'oreiller.

La progression des lésions se fait en général rapidement : l'érythème s'étend de la région fessière en bas, aux membres, puis en haut, au ventre, au thorax, au cou, à la tête, aux membres supérieurs ; quand l'affection débute par la face, la progression des lésions suit une marche inverse.

A cette période, l'enfant présente un aspect bien typique : l'épiderme est rouge, cramoisi, tendu, luisant, vernissé, finement ridé, prêt à entamer, avec les plis de flexion marqués, ce qui fait comparer l'enfant à un homard cuit.

La séborrhée du cuir chevelu et de la face s'est installée : quelquefois elle a précédé l'érythème, lui est contemporaine ou la suit de quelques jours. Quand elle est très marquée, elle recouvre le cuir chevelu d'une véritable calotte de croûtes plus ou moins épaisses, jaunâtres,

crasseuses, craquelées, de la dimension d'une pièce de un franc et dont la chute entraîne parfois celle des cheveux.

Les éléments séborrhéïques s'étendent à la face, au front, à la région sourcilière, aux joues, au pourtour des oreilles. Souvent même, à ce niveau, les lésions sututantes ont un caractère eczématicque d'où la généralisation peut avoir son origine. Cette coexistence, notée par DARIER, a fait admettre l'érythrodermie au nombre des eczémas séborrhéïques.

Sur ce fond érythémateux, les couches superficielles de l'épiderme ne tardent pas à se dessécher, et nous assistons à la seconde particularité de la maladie : sa desquamation. Là, nous notons aussi toutes les variétés de squames : depuis le large lambeau semblable aux débris épidermiques de la scarlatine (comme dans nos Obs. V et VI), jusqu'à la fine paillette furfuracée (Obs. III) nous trouvons tous les intermédiaires. Souvent même nous relevons ces différentes variétés sur le même sujet suivant les régions.

L'abondance de cette desquamation ne manque pas d'impressionner la mère, qui, après chaque toilette de l'enfant, retrouve chaque fois le petit corps recouvert d'une nouvelle couche d'épiderme soulevé et prêt à tomber en même temps que les langes sont parsemées de squames. Cette desquamation peut se compléter d'érosions suintantes, de vésicules éphémères, de croûtes, et si le traitement par les bains est prescrit, il peut se faire des infections secondaires de la peau qui donnent alors un tout autre aspect à la lésion, de là les différentes descriptions d'une même affection.

Dans quelques cas (Obs. I), on note une altération des

ongles, mais le plus souvent ils sont absolument normaux.

La palpation ne révèle aucun épaissement, pas d'infiltration de la peau, les ganglions petits, indolores et mobiles ne présentent rien d'anormal.

Il n'existe pas de lésions des muqueuses.

Ce qui contraste avec ces désordres apparents, c'est l'état général de l'enfant.

La dermatose évolue sans fièvre. Les uns s'alimentent bien, ont des selles normales et leur poids croît régulièrement. Chez d'autres, nous notons quelques symptômes fonctionnels : diarrhée, selles vertes, panachées, grumeleuses, vomissements, régurgitations, qu'il faut plutôt attribuer à la suralimentation et non à l'affection elle-même. On peut alors constater une stagnation ou un abaissement du poids.

Nous voyons que la diversité des localisations initiales, les caractères souvent différents de la lésion élémentaire, le mode d'évolution, les complications fréquentes, les troubles coexistants ont pu donner l'impression d'affections différentes, alors qu'il ne s'agissait en réalité que de modalités diverses d'une même maladie.

Observations

Les observations que nous avons recueillies et que nous rapportons ici nous permettront de juger l'allure qu'affecte cliniquement l'érythrodermie et de nous faire une opinion sur sa gravité et sa durée.

OBSERVATION I

publiée par M. le Professeur HAUSHALTER

(In *Archives de Médecine des Enfants*, 1910)

« Nourrisson de 3 mois.

Premier enfant issu d'une mère bien portante et d'un père syphilitique depuis 6 ans.

Durant toute la grossesse, la mère a souffert de vomissements et, au début, d'anorexie. L'accouchement a eu lieu à terme ; l'enfant a été allaité exclusivement par sa mère jusqu'à l'âge de trois semaines, puis ensuite nourri en partie par sa mère, en partie par du lait de vache normalement alimentée ; il ne fut pas suralimenté et ne présenta pas de troubles digestifs.

Vers l'âge de deux mois, se développaient sur la face des éléments éruptifs, ressemblant à la miliaire ; puis la lésion prit rapidement, au dire de la mère, l'aspect de croûte de lait.

En huit jours se développa et se généralisa la lésion cutanée qui, lorsque l'enfant nous fut soumis à l'âge de trois mois, existait sans modification depuis un mois.

A ce moment, le corps dans son entier présentait une rougeur écarlate et était parsemé de larges squames jaunâtres, fermes, stratifiées, d'aspect un peu gras, de dimensions variées, quelques-unes grandes comme des pièces de 2 francs et 5 francs ; ces squames existent sur toute la surface cutanée, mais sont abondantes principalement aux membres supérieurs et aux mains ; sur le cuir chevelu, les squames stratifiées forment une véritable carapace d'apparence séborrhéique. Il n'existe point de suintement. Les squames se renouvellent abondamment ; à chaque toilette de l'enfant, les langes en contiennent une quantité notable.

Il ne semble pas exister de prurit, et l'enfant ne paraît pas souffrir.

Au moment de l'observation, il existe un peu de diarrhée ; pas de vomissements ; l'augmentation de poids depuis le début de la maladie est très faible.

Nous nous bornons à conseiller des lavages doux de la peau à l'huile stérilisée, des saupoudrages et des enveloppements dans des linges stérilisés. On supprime l'allaitement mixte par la mère et le lait de vache : l'enfant est allaité par une nourrice.

Une amélioration assez rapide se produit du côté de la peau, mais les ongles s'altèrent, deviennent épais, gris, rugueux.

Trois semaines après avoir vu l'enfant, nous apprenons que la guérison est à peu près complète ; il n'existe plus qu'un peu de rougeur du cou et une plaque rouge avec exfoliation sous chaque bras ; partout ailleurs, la peau a repris l'aspect normal ; les ongles reprennent petit à petit l'apparence normale.

Il n'existe pas de troubles digestifs, mais l'enfant refuse absolument et obstinément, malgré tous les stratagèmes (diète prolongée, etc.) de prendre le sein ; il boit au biberon le lait tiré à la nourrice ; ne prend pas de lait de vache. L'accroissement est moyen.

Aucun accident ne survient plus dans la suite ».

OBSERVATION II

Recueillie à la consultation de la Clinique médicale infantile
(Hôpital de Nancy)

G... Lucienne, 2 mois.

Antécédents héréditaires : Père, 39 ans, laveur de glaces, bien portant. Mère, 39 ans, ménagère. Phlébite en décembre 1914. Phlegmon de la jambe en janvier 1921, quatre semaines avant son dernier accouchement. Incision ayant nécessité l'anesthésie au chloroforme.

Actuellement, bon état général.

Régime ordinaire. Boisson habituelle : 2 litres de bière par jour. Constipation.

Pas d'antécédent dermatologique.

Collatéraux : 3 frères, 6 sœurs.

Deux garçons sont morts de convulsions à 18 mois. Quatre filles sont décédées à 9 ans, 5 ans, 9 mois, 6 mois de broncho-pneumonies. L'une d'elles a présenté de la séborrhée du cuir chevelu et a été admise à l'Hospice d'enfants de Maxéville.

Les trois enfants vivants sont en bonne santé.

Antécédents personnels : L'enfant est né à terme le 4 avril 1921. Accouchement facile. Poids : 4.000 grammes. Délivrance normale, suites de couches sans incidents.

Allaitement maternel ainsi compris :

4 tétées de jour + 1 de nuit = 5 tétées par 24 heures.

Quantité de lait ingérée : moins de 100 grammes chaque fois.

Histoire de la maladie. — Le début de la maladie remonte aux premiers jours de mai. L'enfant, alors âgé de 3 mois, présentait, au dire de la mère, un érythème fessier. La peau macérant dans les déjections était de couleur rouge avec quelques petites « cloques ».

La lésion s'étendit rapidement sur le bas-ventre, les membres inférieurs, le thorax qui sont d'un rouge vif.

Le cuir chevelu et la face sont envahis à leur tour. En 24 heures, la lésion s'est généralisée. C'est alors seulement que la peau commence à desquamer.

L'enfant présente en même temps de la diarrhée pendant deux jours. Pas de vomissements.

12 mai : L'enfant est amené à la consultation pour une éruption siégeant sur tout le corps. Les téguments, en effet, sont uniformément rouges violacés. Seules, les pommettes et les mains sont épargnées.

L'aspect des lésions aux différentes régions du corps est le suivant :

Le cuir chevelu n'est pas aussi coloré que les autres parties du corps, mais la tête est recouverte de croûtes jaunâtres, grasses, épaisses, fendillées et si confluentes qu'elles forment une sorte de casque.

L'extension s'est faite aux sourcils. La chute des croûtes entraînant celle des poils et des cheveux.

La face est couverte de fines pellicules blanches, se détachant nettement sur fond rouge. Les joues et le menton sont préservés.

Derrière le pavillon de l'oreille et à l'intérieur de ses replis, les débris épidermiques s'accumulent. La peau du cou est mince, tendue, luisante et attire tout particulièrement la vigilance de la mère qui la protège d'un linge. Elle s'écaille pourtant en squames fines. Le thorax, le dos, le ventre et les membres inférieurs sont d'un rouge écarlate.

La peau est plissée, fendillée, recouverte de débris lamelleux, légèrement soulevés, lâchement adhérents à bords déchiquetés. Ces lésions s'étendent à la face plantaire du pied jusque dans les espaces interdigitaux. Les débris s'accumulent dans les plis de flexion et en abondance dans les langes.

L'enfant agite fréquemment sa tête dans son bonnet, ce qui fait supposer qu'il éprouve quelques démangeaisons. Malgré cette affection, l'état général est bon.

L'analyse du lait maternel est demandée au laboratoire de chimie.

18 mai : La rougeur s'atténue, mais la desquamation sans

cesse renouvelée est encore intense. Les caractères de la séborrhée ne sont pas modifiés.

L'enfant est plus difficile. Il boit moins bien ; mais ne crie pas.

3 juin : L'érythème a disparu, mais une desquamation plus fine de la peau persiste ; les plis de flexion sont plus marqués par leur coloration rouge.

11 juin : Les lésions s'améliorent. Persistance d'une exfoliation épidermique farineuse. La séborrhée a des tendances à s'eczématiser, elle est plus grasse, humide. Au niveau de la région temporale D s'est formé un abcès chaud de la dimension d'une grosse noisette. L'incision donne issue à 2 ou 3 cc. de pus épais.

L'état général est bon. L'enfant boit normalement et dort sans agitation.

Il est fait une prise de sang avant la tétée.

17 juin : Poids de l'enfant : 4.260 grammes.

4 juillet : L'affection cutanée est très améliorée. Sur le sommet de la tête, il ne subsiste plus qu'une croûte séborrhéique grosse comme une pièce de 2 francs. L'endroit où l'abcès a été incisé est marqué par une croûte jaunâtre. Pityriasis léger du cuir chevelu. Les cheveux repoussent le collier au niveau de la région occipitale.

La face est guérie. Dans le pavillon de l'oreille G, autour de l'hélix, s'est formé un placard croûteux, légèrement suintant, d'aspect eczémateux. L'oreille D présente une lésion analogue.

La peau du cou est saine, mais les plis de flexion sont rouges et légèrement excoriés. Partout ailleurs, la peau est souple, de coloration normale.

L'état général est excellent : L'enfant pèse 4.260 gr.

15 juillet : Poids, 4.986 grammes.

12 août : L'enfant est revu à la consultation de la goutte de lait. Il ne subsiste plus rien de la dermopathie qu'un léger suintement du pavillon de l'oreille G. Les cheveux ont repoussé. L'état général est bon. Poids : 5.650 grammes.

OBSERVATION III

Recueillie à la consultation de la Clinique médicale infantile

K... Armand, 2 mois.

Antécédents héréditaires : Grand'mère : croûte de lait dans l'enfance. Père : 20 ans, bien portant, actuellement militaire. Un frère du père a eu de l'eczéma depuis l'âge de 7 mois jusqu'à 13 ans.

Mère : 20 ans, tisserande.

Début de grossesse incidenté (devenue enceinte avant son mariage).

Bon état général. Régime ordinaire (sauf asperges).

Boisson habituelle : Bière, 1 litre par jour.

Constipation opiniâtre nécessitant l'emploi de laxatifs (Grains de Vals).

Antécédents personnels : Premier enfant ; né à terme le 3 avril 1921. Accouchement aisé. Délivrance normale. Suites de couches sans incidents.

Poids à la naissance : 4.500 grammes.

Allaitement maternel : Sécrétion lactée abondante se faisant spontanément par un sein pendant la succion de l'autre.

L'enfant boit toutes les deux heures pendant le jour et deux fois pendant la nuit. Soit 7 tétées le jour + 2 la nuit = 9 tétées par 24 heures.

Quantité de lait ingéré : 70 grammes environ à chaque prise.

Histoire de la maladie : A un mois, l'enfant a présenté une rougeur diffuse de la région fessière, avec ça et là de petites vésicules, grosses comme une tête d'épingle.

Du jour au lendemain, l'affection s'est généralisée, gagnant successivement les membres inférieurs, le tronc, la tête.

La rougeur est intense (écrevisse, peau échaudée) et la desquamation commence.

A ce moment, l'enfant, plus difficile, pleure et présente une

diarrhée jaune-verdâtre, gluante. Pas de vomissements. Eternuement et hoquet fréquents.

3 juin. — L'enfant est présenté à la consultation pour une rougeur intense généralisée, accompagnée d'une desquamation profuse. Son poids est 5.120 grammes.

Sa coloration de la peau rouge vif est générale ; seule, une partie du thorax est épargnée, ainsi que les épaules et les bras. Le dos est parsemé de lésions diffuses. L'aspect des différentes régions du corps est le suivant :

Sur le cuir chevelu, croûtes épaisses, grasses, confluentes, fendillées, de la dimension d'une pièce de 50 centimes formant une véritable calotte. Les sourcils sont parsemés des mêmes éléments et tombent avec les croûtes. Le côté D est plus atteint.

Sur la face, aux joues, les squames sont lamelleuses, blanches, furfuracées, la rougeur de la peau est moins intense que sur le corps. Le nez est recouvert de squames. Dans les pavillons et derrière les oreilles, les débris épidermiques s'accumulent. Le menton est épargné.

Au niveau du cou, la peau est sèche, striée, ichtyosiforme. Sur le thorax, la limite supérieure est constituée par de nombreuses macules rouges diffuses, à bordures circonscrites. Elles sont recouvertes de squames en fines lamelles soulevées sur leurs bords, légèrement adhérentes au centre, à contours irréguliers se détachant très aisément. Les épaules sont peu atteintes, le coude présente ces mêmes lésions, mais la peau des mains est saine.

Sur le dos, il reste quelques îlots épars de peau intacte.

Le ventre, la région fessière et les membres inférieurs présentent une rougeur très intense, surtout marquée aux plis de flexion. Les lambeaux épidermiques y sont aussi plus larges. Les lésions sont étendues jusqu'à la plante des pieds, dans les espaces interdigitaux. La peau sous-jacente est mince, tendue, brillante, comme vernissée et semble prête à se fendiller, mais elle a conservé sa souplesse et ne suinte pas.

Il n'existe pas de ganglions perceptibles.

L'état général est bon. L'enfant, en se grattant, a déterminé de petites érosions banales aux cuisses. Une légère odeur aigre-

lette se dégage de la peau. On prélève du lait avant, pendant et après la tétée pour le soumettre à l'analyse.

7 juin : La coloration de la peau est moins intense. Les squames se renouvellent toujours aussi abondamment. Peu de modifications des lésions. La diarrhée persiste.

On fait une prise de sang avant la tétée.

14 juin : La mère présente quelques papules de folliculite sur l'avant-bras.

L'enfant a maigri de 160 grammes. Il ne pèse plus que 4.960 grammes. L'érythème s'atténue, sa couleur est rosée. Les squames, plus réduites, sont encore abondantes. Quelques papules rouges de folliculite semblables à ceux de sa mère existent sur l'avant-bras et le coude.

On prend une photographie.

21 juin. — L'enfant a encore maigri de 135 grammes. Poids, 4.825 grammes. Sur le sommet du crâne, les croûtes sont confluentes et occupent sur la région fronto-pariétale une disposition en fer à cheval, à branches dirigées en avant ; les cheveux repoussent.

De l'érythème, on ne trouve plus trace qu'au niveau des membres inférieurs. Les squames sont fines, poussiéreuses. La peau est souple, mais sèche. L'enfant entame à la région fessière. Sur l'épaule G, se forme un petit furoncle.

On fait une prise de sang immédiatement après la tétée et une heure et demie après.

25 juin : Le poids augmente de 20 grammes, soit 4.845 grammes. L'état général est satisfaisant. Quelques lésions de pyodermite à la face. Persistance d'une coloration rosée marquée aux membres inférieurs et à l'abdomen. Même état de la séborrhée du cuir chevelu. Desquamation fine des différentes parties du corps.

Sur l'avant-bras G de l'enfant, on fait deux scarifications, sur lesquelles on dépose du lait maternel, à côté d'une scarification témoin sur laquelle rien n'est mis ; une teinte rosée apparaît une heure après sur les trois points pour disparaître 24 heures après.

2 juillet : L'enfant pèse 4.950 grammes. Son état général

est excellent. La peau a repris son aspect normal. Seule, la face interne des cuisses et la région fessière sont encore rouges avec quelques fines pellicules à leur surface.

Quelques lésions de pyodermite évoluent, mais sèchent aussitôt.

OBSERVATION IV

Recueillie à la Pouponnière des Enfants assistés
(Service du docteur REMY, ancien Chef de Clinique)

B... Paule, 5 semaines.

Antécédents héréditaires : Père 25 ans, tailleur de pierres. Bien portant.

Mère 20 ans, célibataire, primipare. Bon état général. Constipation habituelle, d'où l'emploi de laxatifs (Grains de Vals).

Grossesse normale, quelques vomissements. Sciatique.

Régime ordinaire. Boisson habituelle : eau rougie.

Antécédents personnels : Accouchement le 14 juillet 1921 à la Maternité, avant le terme prévu. Présentation du siège, mode des fesses. Fille de 2.500 grammes. Délivrance et suites de couches sans particularités.

Allaitement maternel : Sécrétion lactée abondante se faisant spontanément dans l'intervalle des tétées.

L'enfant prend le sein toutes les deux heures environ, soit 7 tétées pendant le jour et 2 au cours de la nuit. La quantité ingérée à chaque fois est inférieure à 80 grammes.

Histoire de la maladie. — Dix jours après la naissance, la mère et l'enfant sont recueillies, en sortant de la Maternité, à la Pouponnière Marin, refuge pour les enfants assistés. A ce moment, vers le 25 juillet, le poids de l'enfant, qui était tombé à 2.250 grammes, atteint son chiffre primitif 2.500 grammes, mais la mère constate en même temps qu'une diarrhée verdâtre, de petites vésicules, grosses comme une tête d'épingle, confluentes, siégeant sur le front dont la peau sous-jacente est plus colorée. Bientôt, cette rougeur s'étend au

visage, aux mains, le cuir chevelu se recouvre d'une couche de séborrhée grasse, jaunâtre, dans l'intervalle des cheveux qui ne tombent pas.

La généralisation de la rougeur se fait rapidement sur tout le corps, dont la peau est rouge, luisante, tendue. Deux jours après commence une desquamation abondante, fine, se retrouvant même dans les langes de l'enfant. Seuls, les pieds ont été préservés.

Le traitement prescrit consiste en saupoudrage de la peau au talc. La dermatopathie s'améliore bientôt. Durant toute cette période, l'état général est bon, le poids reste stationnaire.

22 août : Poids, 3.450 grammes.

24 août : Il n'existe plus qu'une teinte rosée plus accentuée que la peau normale du nourrisson. Quelques fines lamelles d'épiderme couvrent encore les téguments, notamment la peau de l'abdomen et du dos.

Sur le cuir chevelu persistent quelques petites croûtes séborrhéiques grasses, localisées surtout à la région pariétale G.

30 août : Un léger érythème fessier s'étendant jusqu'au mollet persiste encore.

25 septembre : L'enfant est complètement guéri ; la peau normale est saine. Le pli de flexion du cou est seul marqué par un sillon rouge légèrement suintant. L'état général est excellent.

OBSERVATION V

Recueillie à la consultation de la Clinique médicale infantile

L... Georges, 2 mois.

Antécédents héréditaires : Père 31 ans, serrurier. Bien portant.

Mère : 30 ans, ménagère. Pneumonie à 20 ans.

Constipation habituelle nécessitant l'emploi de lavement.
Régime ordinaire.

Collatéraux : 3 enfants.

1^{er} né à terme, nourri au sein, bien portant, 7 ans 1/2.

2^e — — — — 5 ans.

3^e — — — — 19 mois.

Antécédents personnels : Grossesse normale.

Accouchement le 23 juillet 1921, à terme, au forceps.

Délivrance et suite de couches sans incidents.

Poids à la naissance : 4.000 grammes.

Allaitement maternel. Croissance normale.

Allaitement maternel. Croissance normale jusqu'à 1 mois.

Poids : 4.500 grammes.

L'enfant maigrit un peu, quand la mère constate une extrême couleur rouge sang, ayant débuté par le front, puis généralisée au corps, en coïncidence avec des troubles digestifs : perte de l'appétit, vomissements, diarrhée.

La lésion élémentaire semble avoir été une macule rouge ayant rapidement envahi le front, la face, puis le corps de haut en bas.

En même temps, sur ce fond congestionné, se formaient d'abondants débris épidermiques de la grosseur d'une lentille à une pièce de 2 francs.

15 septembre : Ce qui domine actuellement le tableau est la desquamation en lamelles blanchâtres, écailleuses, sur fond érythémateux. Les langes de l'enfant en sont parsemés.

Sur le cuir chevelu s'est développée une véritable calotte séborrhéïque.

L'enfant vomit et maigrit.

19 septembre : La pesée des tétées ne révèle que des prises de 30 à 35 grammes. Les selles sont légèrement vertes. L'amaigrissement continue. La desquamation ne présente plus d'aussi larges placards que précédemment. La face est épargnée, sauf le front dont la peau s'écaille par larges lambeaux. La mère fait un abcès au sein G qui est incisé. On prélève du lait maternel pour le soumettre à l'analyse.

30 septembre : Sur le front, persistance de quelques squames disséminées, de la grosseur d'une lentille, légèrement adhérentes au centre, à bords irréguliers.

Sur le cuir chevelu et les sourcils, séborrhée abondante dont la chute entraîne celle des poils et des cheveux.

Autour des yeux, quelques squames très fines. La peau du cou est sèche, ridée, craquelée, ichtyosiforme.

Sur le thorax, le tronc, les membres inférieurs, grosses écailles d'épiderme qui tombent dans les langes et se reproduisent pourtant aussitôt sur la peau. Au niveau des cuisses, sur la face antéro-externe, gros placards d'épiderme, prêts à se détacher. Les pieds sont couverts de débris squameux, présentant de scaractères semblables à ceux du tronc. La rougeur ne subsiste qu'à la région fessière.

Les poids successifs de l'enfant sont 3.200 grammes, 3.090 grammes, 2.950 grammes.

L'état général laissant à désirer, l'enfant s'acheminant vers l'hypotrophie, nous pratiquons une injection d'un centimètre cube de lait maternel dans le flanc.

30 octobre : L'injection est bien supportée, l'enfant prend le sein avec plus d'entrain. L'érythème s'atténue, mais l'exfoliation persiste, abondante. Le poids demeure stationnaire, les selles sont plus belles.

— La mère, guérie de son abcès, ne vient plus à l'hôpital. Une enquête faite à domicile nous apprend que l'affection cutanée s'est améliorée. Mais des difficultés de l'allaitement sont survenues. La mère est obligée de tirer son lait pour le donner à boire ; l'enfant se cachectise et succombe le 28 octobre. Il ne demeurait rien de son érythrodermie.

OBSERVATION VI

Recueillie à la consultation de la Clinique médicale infantile

M... Georges, 2 mois.

Antécédents héréditaires : Père 22 ans, ouvrier en chaussures, ajourné deux fois (toux suspecte). Incorporé en novembre 1921.

Mère 25 ans, ménagère. Bonne santé. Pas d'antécédents dermatologiques.

Collatéraux : Un frère de 3 ans. Bien portant. Diphtérie en 1920. Une sœur de 18 mois en bonne santé.

Antécédents personnels : Gestation pendant l'allaitement de l'enfant précédent. Grossesse normale. Accouchement à terme à la Maternité le 13 septembre 1921. Poids : 3.600 grammes. Elevé au sein. Tétées mal réglées, l'enfant boit chaque fois qu'il pleure et, de plus, trois fois pendant la nuit. Soit environ 10 tétées par 24 heures à un seul sein. A la première pesée, son poids est de 5.000 grammes.

Histoire de la maladie. — Le début remonte à une quinzaine de jours. A ce moment, le frère aîné présentait de la séborrhée du cuir chevelu. Au dire de la mère, il existait un érythème fessier, mais elle aurait remarqué la formation de petites croûtes dans la région sourcillière sur fond rouge et la propagation rapide de cette rougeur au cuir chevelu, au thorax, à l'abdomen et aux membres inférieurs. Bientôt, ces différentes régions se recouvrent : la tête d'une abondante couche de croûtelles jaunâtres, formant à la tête une véritable calotte crasseuse ; le tronc et les membres, de squames semblables à celles de la scarlatine qui tombent et se renouvellent aussitôt.

Il existe quelques troubles digestifs à ce moment, consistant en une diarrhée verte sans vomissements.

25 novembre : L'enfant qui nous est alors présenté à la consultation pèse 4.650 grammes. Son état général est bon.

A la face, l'érythème s'est atténué. Nous notons tout autour de la bouche une fine desquamation sur fond ridé et plissé.

La peau de la région rétro-auriculaire est rouge, légèrement suintante.

Au cou, les plis de flexion sont plus marqués et recèlent de fines paillettes d'épiderme.

Sur le thorax, la partie supérieure est demeurée saine, mais la partie inférieure et l'abdomen sont recouverts de squames épaisses, jaunâtres, de la grosseur de pièces de 1 et 2 francs. Elles sont peu adhérentes, sur fond rose.

Dans le dos, il existe une large desquamation en placards minces séparés les uns des autres par des sillons entre lesquels s'aperçoit la rougeur plus accentuée de la peau.

C'est au niveau des membres inférieurs, du mollet G en particulier, que la coloration est la plus intense : la peau y est rouge vif, brillante, vernissée, légèrement ridée. Il y a peu de squames dans cette région ; ailleurs, la peau est rose, recouverte de fins débris épidermiques.

28 novembre : Poids de l'enfant, 4.600 grammes.

Si les tétées sont fréquentes, la quantité de lait ingéré à chaque fois ne dépasse pas 30 grammes. L'érythème s'atténue, mais il demeure encore apparent aux régions abdominale et crurale avec accentuation après la tétée, ou lorsque l'enfant crie et pleure.

La desquamation se fait par larges lambeaux dans la zone péri-ombilicale en particulier. Les squames, minces, brillantes, micacées, jonchent le sol là où l'enfant est démaillotté. On ne constate pas d'altération des ongles. Il existe une diarrhée verdâtre, grumelleuse, mais l'état général reste bon.

L'analyse du lait maternel est demandée au laboratoire de chimie.

Les squames sont examinées au microscope.

Les recherches portent également sur la leucocytose digestive de l'enfant.

9 décembre : Depuis l'examen précédent, il s'est produit une amélioration considérables.

Les croûtes séborrhéïques du cuir chevelu sont tombées et sont remplacées par quelques îlots de squames micacées.

La face est intacte. Il ne persiste qu'un suintement eczémateux de la région rétro-auriculaire D et un très léger érythème de la région cervicale postérieure.

Sur le corps, la peau a repris son aspect normal et nous ne retrouvons plus trace de l'affection ; il existe encore un érythème de la région fessière et de la face postérieure des cuisses.

L'état général est bon, bien que le poids de l'enfant ait encore diminué : 4.400 grammes. Les tétées ne sont que de 35 à 40 grammes. Les selles sont plus jaunes et moins liquides.

OBSERVATION VII

Recueillie à la consultation de la Clinique médicale infantile
*Fait de passage entre l'érythème simple et l'érythrodermie
généralisée*

P... André, 2 mois.

Antécédents héréditaires : Père 40 ans, employé de banque.

Troubles digestifs. Eczéma en novembre 1920.

Lésion oculaire suite de scarlatine.

Mère : 34 ans. Primipare âgée, état général satisfaisant.

Appendicite opérée à froid en 1909.

Constipation, d'où l'emploi d'huile de Harlem depuis huit jours.

Leucorrhée à la suite de couches.

Antécédents personnels : Premier enfant né à terme le
11 mai.

Poids à la naissance : 2.900 grammes. Délivrance normale.

Pied bot varus équin congénital, bilatéral.

Dès sa naissance, la peau de l'enfant, au dire de la mère, est d'une couleur rouge accentuée, ce qui fait comparer le nouveau-né à un « petit peau rouge ».

Allaitement maternel : Début difficile, l'enfant ne prend pas le sein pendant huit jours, ce qui oblige la mère à tirer son lait pour le donner à boire dans un tire lait. Après bien des tentatives, l'enfant prend le sein. Tétées toutes les 3 heures environ, soit 8 dans les 24 heures, dont 2 de nuit.

La quantité de lait ingérée est approximativement de 50 gr. par prise.

Au début, l'enfant est constipé.

Histoire de la maladie. — Vers le 14 juin, l'enfant, alors âgé de 5 semaines, pèse 2.870 grammes. La mère s'aperçoit que les oreilles sont plus rouges, et que de véritables croûtes se forment à l'intérieur et à l'extérieur du pavillon. L'état général laisse à désirer. L'enfant bâille, pleure, a le hoquet,

son ventre est légèrement ballonné, ses selles sont verdâtres.

Bientôt, la lésion élémentaire s'étend au cuir chevelu qui, après un stade de rougeur, se recouvre de croûtes jaunâtres, grasses, de séborrhée en placard. Le front, les joues, la face sont gagnés par un érythème suivi d'une desquamation toujours renouvelée, mais fine, lamelleuse, transparente. Le cou, les épaules participent à ce processus, mais la teinte de la peau sous-jacente est rose ; les bras sont intacts, quelques plaques disséminées sur le thorax sont recouvertes de fines particules d'épiderme sèches, dentelées, soulevées, à peine adhérentes.

La région fessière et la partie postérieure des cuisses et des jambes sont de couleur rouge, mais ne desquament que très finement.

1^{er} juillet : C'est pour cette affection que la mère se présente à la consultation.

Après la tétée, la coloration rouge s'accentue.

L'enfant sème des squames partout autour de lui.

6 juillet : L'état général est bon, le poids est de 3.275 gr.

La croûte séborrhéique du cuir chevelu est tombée ; le crâne n'est plus alors recouvert que d'une couche mince des squames imbriquées en écailles de poisson. La coloration de la peau a repris une teinte normale. Il ne persiste plus qu'une fine desquamation furfuracée aux différents endroits mentionnés.

On prélève un échantillon de lait pour le soumettre à l'analyse.

L'examen porte aussi sur le sang après la tétée.

On sensibilise la peau de l'enfant au lait de sa mère.

11 juillet : L'enfant peut être considéré comme guéri. Il ne persiste plus des lésions cutanées qu'une mince couche de squames sur le cuir chevelu. Partout ailleurs, la peau est saine. Les plis de flexion du cou sont encore rouges.

L'état général est bon, l'enfant pèse 3.500 grammes.

La sensibilisation de la peau a donné une réaction au bout d'une demi-heure. En deux endroits se forme une macule rouge qui disparaît une dizaine d'heures après.

28 septembre : L'enfant est revenu à l'hôpital pour le traite-

ment de ses pieds bots. Il pèse actuellement 5.170 grammes. Son état général est excellent. Il ne subsiste plus rien de son érythrodermie. Seule, la peau au niveau du sillon rétro-auriculaire est légèrement entamée et suinte. L'allaitement maternel a toujours été continué.

Évolution

Ce que nous apprenons de nos observations nous permet de dire que l'érythrodermie desquamative des nouveau-nés est une affection aigüe dont l'évolution est de durée limitée quand elle est traitée convenablement.

Depuis l'apparition des lésions élémentaires jusqu'à la généralisation de l'érythème, de bas en haut si la lésion initiale siège à la région fessière, de haut en bas si le point de départ est à la face, nous notons quelques différences : 8 jours dans notre observation I. Souvent, elle est plus rapide et se fait en 12 ou 24 heures.

A la phase érythémateuse succède bientôt la phase exfoliante. Souvent, elle lui est contemporaine. Dès lors, si l'enfant reçoit des soins convenables, nous assistons à une atténuation très marquée de l'érythème puis à sa disparition progressive en 2, 3 semaines ou un mois.

En ce qui concerne l'exfoliation, les squames plus ou moins abondantes, de taille plus ou moins grandes, sans cesse renouvelées, tombent pendant tout le temps de l'affection, mais au fur et à mesure de l'évolution, l'érythème s'atténuant, elles deviennent de plus en plus rares et la peau reprend un aspect tout à fait normal après un ou deux mois.

Seule, la séborrhée du cuir chevelu persiste après l'affection ainsi que quelques traces d'eczéma séborrhéique suintant au niveau de certains sillons cutanés (Obs. II et VI).

Pronostic

Tout ce que nous savions de cette affection, avant que son traitement ait fait l'objet d'une étude plus éclairée de COMBY, nous obligeait à reconnaître la gravité de l'érythrodermie desquamative.

RITTER accuse une mortalité impressionnante de 50 % des cas parmi les poupons de l'Asile d'enfants trouvés de Prague.

LEINER, sur 43 cas, signale 28 guérisons et 13 morts, puis nous relevons encore un cas malheureux signalé par DELLA FAVERA et SORGENTE.

Au contraire, les observations recueillies dans le service de COMBY, déjà mentionnées par DE VAUGIRAUD, nous apprennent que sur 35 cas, 22 guérisons complètes ont été obtenues (3 nourrissons sont morts plus tard d'affections diverses), 8 améliorations et 5 résultats inconnus, les enfants n'ayant pas été ramenés par leurs parents.

Nos propres résultats confirment cette opinion : sur 7 cas diagnostiqués, traités et suivis, nous comptons 7 guérisons complètes.

Par la suite, nous avons enregistré le décès d'un de nos nourrissons cachectiques, alors qu'il était complètement guéri de son affection cutanée (Obs. V).

D'où vient cette amélioration du pronostic ?

Il importe de ne pas attribuer à l'érythrodermie les

conséquences fâcheuses de complications. Les premières statistiques ont été établies d'après les constatations faites à l'hôpital. Mais il faut noter que là, de nombreux facteurs étrangers à l'affection viennent assombrir le pronostic : à l'époque des grandes chaleurs, au moment des orages, nous voyons les nourrissons succomber à certaines pullulations microbiennes. A la suite de contagion, pendant la épidémies, la mortalité est également plus impressionnante. Le traitement lui-même peut être accusé de certains méfaits. Parfois, la brusque suppression d'une dermatose entraîne des complications viscérales fœtales. Souvent ce sont des troubles digestifs qui prédominent, en particulier quand l'allaitement maternel est supprimé. La balnéation abusive ouvre la peau à l'infection. Les corps gras en application générale, outre qu'ils suppriment la fonction de la peau, sont irritants et congestionnants.

A ce tableau, nous opposons le traitement fort simple, préconisé par Comby et dont nous avons obtenu de bons résultats. Dans aucun cas nous n'avons hospitalisé nos nourrissons, nous bornant à donner quelques conseils d'hygiène ; quand l'enfant était au sein, nous avons encouragé l'allaitement maternel, tout en réglementant convenablement les tétées et nous avons ainsi assisté, dans un délai variant de 3 semaines à 2 mois, à la guérison de l'affection cutanée sans qu'il n'en subsiste aucune trace.

La séborrhée du cuir chevelu et les traces d'eczéma qui, parfois, survivent à l'érythrodermie, exigent un traitement de plus longue durée. L'érythrodermie desquamative a donc un pronostic bénin.

Anatomie Pathologique

Bien que nous n'ayons pas pratiqué nous-même d'examen histologique, nous rapportons ici la description des lésions que les auteurs ont signalées dans les cas d'érythrodermie desquamative.

WINTERNITZ, en 1898, signale le processus parakératosique, l'altération importante du derme sous-papillaire et papillaire consistant en élargissement, allongement et œdème des papilles avec dilatation des vaisseaux.

LEINER pratique également cet examen dans plusieurs cas qui se sont terminés par la mort et constate aussi le processus inflammatoire accompagné de la dilatation des vaisseaux de la couche papillaire avec légère prolifération cellulaire, œdème de l'épiderme et parakératose.

A l'autopsie, il trouve en dehors des lésions cutanées une dégénérescence du myocarde, une infiltration graisseuse du foie, un catarrhe de la muqueuse intestinale. Du côté des ganglions, on ne signale rien de particulier.

Les squames qui se détachent si abondamment et dont nous avons fait l'examen microscopique sont uniquement constituées par les cellules de la couche cornée, sans noyau, ni amas leucocytaire.

Étiologie

Sur quel terrain se développe l'érythrodermie ?

Elle s'observe fréquemment chez de beaux enfants, nés à terme, de poids normaux, bien nourris et sains, aussi bien que chez les débiles, prématurés, athrepsiques, dans des milieux où les conditions hygiéniques sont respectées ou enfreintes.

RITTER, LEINER considéraient que cette affection était presque spéciale aux enfants à la mamelle. Les observations recueillies nous montrent que la plupart sont nourris au sein de leur mère. Quelques-uns sont à l'allaitement mixte (Obs. I), mais nous savons que certains enfants, élevés au biberon, peuvent présenter ce syndrome.

Souvent, on ne relève pas de fautes d'allaitement. Chez d'autres, les têtes sont irrégulières, trop fréquentes ou trop abondantes.

Dès lors, quelle cause pouvons-nous invoquer ? RITTER considérait cette affection comme une pyémie en rapport avec une infection puerpérale. Mais cette opinion ne peut être admise, puisque le plus souvent nous ne relevons rien de semblable dans l'histoire clinique de l'accouchement.

Des recherches bactériologiques entreprises n'ont pas abouti à isoler un agent qu'on puisse véritablement incriminer, encore que, par suite d'une infection secondaire, on trouve des éléments microbiens dans le sang.

Aucune manifestation retentissant sur l'état général ne se révèle à la période érythémateuse : nous ne trouvons

pas de traces de tuberculose décelable cliniquement. Rien ne nous faisant soupçonner la spécificité, nous n'avons pas entrepris de faire la réaction de Wassermann, dont le résultat a, le plus souvent, été négatif dans des cas analogues.

RIEHL en faisait une affection mycosique. Mais le champignon à mince et long mycelium décrit par lui n'a plus jamais été signalé depuis.

L'intoxication est fréquemment mentionnée. De quelle origine ? Nous ne trouvons d'ordinaire aucun trouble organique à signaler chez les mères nourrices ; à part la constipation fréquente, contre laquelle elles remédient par l'emploi de laxatifs divers ; pas d'écart de régime.

L'unique aliment de l'enfant étant alors le lait, on peut penser à une altération chimique du lait de la nourrice. C'est dans ce but que nous avons demandé à M. le Professeur agrégé ROBERT l'analyse du lait dans cinq de nos cas, et dont voici les résultats :

RÉSULTATS FOURNIS PAR L'ANALYSE DU LAIT

COMPOSITION par litre d'un lait moyen de femme	Obs. II M ^{me} G.	Obs. III M ^{me} K.	Obs. V M ^{me} L.	Obs. VI M ^{me} M.	Obs. VII M ^{me} P.
Beurre : 40 gr.	44 gr. 50	67 gr. 10	44 gr. 10	53 gr. 70	46 gr. 70
Caséine : 10 gr. . . .	11 gr. 10	8 gr. 50	12 gr. 05	11 gr. 10	12 gr. 60
Lactose : 70 gr. . . .	71 gr. 10	74 gr. 12	70 gr. 20	72 gr. 50	74 gr. 12
Sels minéraux : 1 gr. 90.		2 gr.	2 gr. 30	1 gr. 70	2 gr. 20
Extrait sec : 131 gr. 50.		153 gr. 40	134 gr. 90	145 gr.	146 gr.

Ainsi, la seule anomalie est une proportion plus élevée de beurre que n'en contient un lait de femme moyen, si toutefois nous adoptons le chiffre de 40 gr. par litre comme base. Dans nos cas (Obs. III et VI), il atteint 67 gr. et 53 gr. 70. Il semble donc logique de nous demander si l'érythrodermie ne serait pas due à un métabolisme défectueux des graisses. Mais cette particularité de la richesse en beurre, mentionnée également par SORGENTE dans sa seconde observation, n'est pas constante. LEINER, COMBY signalent n'avoir rien trouvé d'anormal dans leurs cas. Nous constaterons nous-même dans trois cas (Obs. II, V, VII) des proportions de 44 gr. 50, 44 gr. 10, 46 gr. 70 qui sont bien près de la moyenne. Si cette raison était valable, ne nous suffirait-il pas de donner un lait plus maigre pour voir disparaître l'effet avec la cause ? Tandis que nous constatons que l'allaitement, poursuivi avec le même lait, n'est pas un obstacle à l'amélioration de la dermatopathie.

Serait-elle due à l'élimination de toxines au niveau de la peau, jouant le rôle d'émonctoire ? Nous ne faisons que poser cette question sans pouvoir la résoudre.

Rien ne nous autorise non plus à émettre l'hypothèse d'une insuffisance endocrinienne.

En l'absence de causes occasionnelles, il nous reste à examiner si nous ne pouvons invoquer une disposition héréditaire, une dyscrasie, qui expliquerait à la fois l'apparition de la dermatose, sa persistance, ses transformations ultérieures.

Nous voyons l'érythème diffus coïncider avec une séborrhée abondante du cuir chevelu et l'eczéma séborrhéique succède très souvent à l'érythrodermie. En dermatologie, parmi les notions qui dominent l'étiologie de

la séborrhée, on admet une prédisposition transmise héréditairement dans les familles de neuro-arthritique.

Chez l'enfant, dès la naissance, il existe une débilité arthritique considérée comme une déviation de la nutrition. « C'est la rançon de l'aisance et du bien-être » (COMBY) se manifestant sous forme d'équivalents divers : séborrhée, eczéma, asthme, obésité, etc., qui peuvent se remplacer ou se combiner dans les générations successives et dans le cours de la vie de l'individu (LESAGE).

En tête des équivalents se placent les éruptions du fait de leur fréquence. Nous y trouvons à la base la lésion élémentaire ; souvent, elles peuvent coexister côte à côte comme la séborrhée et l'eczéma.

Nous ne nous étonnons donc plus de trouver l'érythrodermie exfoliatrice des nouveau-nés figurant, depuis les recherches de DARIER, MOUSSOUS et COMBY au nombre des séborrhéides aujourd'hui dénommées eczématides, parmi les manifestations cutanées de l'arthritisme. Et si nous regardons de plus près, nous reconnaitrons que l'anomalie constitutionnelle de l'organisme caractérisée par un processus d'exsudation au niveau du tégument externe et des muqueuses, désignée sous le nom de « diathèse exsudative » par CZERNY en Allemagne et dans laquelle NIEMANN range, à côté d'éruptions diverses, l'érythrodermie desquamative, n'est qu'un autre nom d'un même état de chose.

L'accord semble donc fait sur ce point, en faveur de l'opinion française, et nous considérerons notre dermatite comme la projection sur la peau de manifestations endogènes, résultant d'une déviation de la nutrition.

Mais jusqu'aujourd'hui, l'élément à la base des diverses modalités de l'arthritisme demeure encore inconnu.

Pathogénie

A quelle occasion cet érythème apparaît-il ?

Il survient spontanément, sans cause appréciable, alors que l'enfant est superbe et alimenté suivant les règles de la diététique ; d'autres fois, il existe des troubles digestifs légers, tels que diarrhée, selles panachées, grumeleuses, vomissements régurgitations, ballonnement du ventre, colique douloureuse, mais ces troubles sont dus en général à une alimentation exagérée, par suite de tétées trop fréquentes ou trop abondantes, les mères étant souvent de trop bonnes nourrices (Obs. III et IV).

L'apparition de cette manifestation cutanée a lieu dans les premiers jours de la vie. Les chiffres extrêmes que nous relevons sont le plus tôt au 4^e jour (Obs. XXII de COMBY), le plus tard au 60^e jour (Obs. I), mais la date d'apparition la plus fréquente que nous notons est la troisième semaine environ. L'influence saisonnière est indifférente, bien que BORDOT et D'OVIDIO aient signalé sa fréquence de mars à novembre et sa disparition à la saison froide. Mais COMBY en signale plusieurs cas pendant les mois d'hiver. Le sexe ne semble pas jouer de rôle. Nous comptons en effet, dans nos observations, 3 filles et 4 garçons.

Dès lors, à quoi attribuer ces faits ? La découverte de

l'anaphylaxie permet d'expliquer bon nombre de manifestations cliniques d'hypersensibilité à tel ou tel aliment observés si fréquemment chez l'arthritique. Certains organismes possèdent à ce sujet son aliment provocateur : pour l'un, l'œuf ; pour un autre, le lait ; pour un autre, tel ou tel poisson.

Cette considération nous incita à rechercher la sensibilisation cutanée aux affections de la peau, d'après la technique indiquée par ENGMANN et WANDERER. Nous savions d'après leurs statistiques que, sur 36 cas d'eczéma infantile du type exsudatif de CZERNY, 6 réagirent au lait maternel. Nous avons pratiqué cette recherche chez deux de nos nourrissons (Obs. III et VII). Au bout d'une heure, il existait alors une légère rougeur, peu différente d'une scarification témoin et qui s'atténuait progressivement pour disparaître en 24 et 12 heures, au dire de la mère. Mais nous nous garderons de tirer une conclusion de ces résultats : l'inexpérience d'une technique récente et la difficulté de suivre pendant un temps suffisamment long nos nourrissons ne nous a pas permis de nous faire une opinion précise. Nous savons pourtant que la persistance de l'allaitement maternel ne met pas obstacle à l'amélioration, bien que des injections de lait aient été faites pour une forme sévère d'érythrodermie dans le service du Professeur MARFAN et dans un de nos cas (Obs. V), dans le but d'améliorer l'état général en levant peut-être l'anaphylaxie.

Nous avons pensé que l'hématologie nous fournirait quelques indications et, dans ce but, nous avons effectué des recherches dans 4 de nos cas (Obs. II, III, VI, VII).

En prenant le chiffre de 6 millions comme chiffre normal des globules rouges du nourrisson, nous avons trouvé

dans les observations III et VII une hyperglobulie variant entre 7 et 8 millions, sans altérations globulaires.

La formule leucocytaire moyenne, pour un chiffre global de 15.000 leucocytes (Obs. VI) est la suivante (Obs. II, III, VII) :

Polynucléaires :

Neutrophiles.....	43 %
Basophiles.....	1 %
Eosinophiles.....	2 %

Mononucléaires :

Lymphocytes.....	30 %
Grands Mono.....	12 %
Moyens Mono.....	10 %

Myélocytes.....	2 %
-----------------	-----

Poussant nos investigations plus loin, nous avons recherché si nous pouvions attribuer au choc hémoclasique les manifestations cliniques observées. Nous avons étudié la leucocytose digestive de nos nourrissons (Obs. III, VI, VII) et nous avons constaté qu'après la tétée, à un stade de leucopénie succédait une hyperleucocytose ; toutefois, la courbe leucocytaire présentait des oscillations et, ici encore, nous n'avons pas obtenu de résultats bien concordants, en raison des mêmes difficultés de suivre des nourrissons que nous ne pouvions pas hospitaliser.

Ce que nous retiendrons, c'est qu'après le quatrième mois l'érythrodermie desquamative du nourrisson est inconnue, qu'elle ne récidive jamais. Peut-être l'organisme s'immunise-t-il et les affections analogues que nous constatons chez l'adulte n'ont sans doute qu'une

ressemblance purement symptomatologique avec celle du nourrisson.

Aussi, l'érythrodermie sans complications ne possède pas l'allure d'une maladie épidémique, ni saisonnière, ni infectieuse, mais présente de nombreux points communs avec l'eczéma dont elle semble se rapprocher par des liens de parenté morbide.

Diagnostic

Les faits de ce genre, sans être d'une grande fréquence, sont cependant assez nombreux. Il importe donc d'envisager avec soin le diagnostic de l'érythrodermie, afin de pouvoir instituer aussitôt un traitement approprié.

A la phase érythémateuse du début, sans doute il est difficile de prévoir qu'un érythème d'apparence banal va se généraliser. On peut se croire en présence d'un érythème intertrigo par infection d'un pli cutané, ou d'un érythème irradiant du sillon interfessier sur les cuisses jusqu'aux talons, le dos et l'abdomen, relevant du contact de la peau avec les déjections, surtout dans le cas de diarrhée. Mais il s'agit de simple hyperémie d'un rouge cuivré, en nappe ou en placards, compliquée quelquefois de fissures ou d'érosions suintantes, dont l'érythrodermie se distingue par sa coloration d'un rouge plus vif, sa tendance à se généraliser, bientôt suivie d'une desquamation caractéristique qui supprime le doute.

Même si nous nous trouvons en présence d'un fait de passage, si l'érythème n'est pas généralisé à la totalité du corps, la couleur cramoisie, la formation de squames, de croûtes séborrhéiques sur le cuir chevelu nous aideront à porter le diagnostic, surtout si nous pouvons suivre

ou reconstituer par l'interrogatoire la marche des accidents.

L'érythrodermie ne possédant pas les caractères d'une maladie infectieuse, nous éliminerons les affections aiguës du nourrisson, dont l'érysipèle qui présente avec une infiltration du derme un bourrelet périphérique et de la température que nous ne constatons à aucun moment, même dans l'extension de l'érythème pendant sa généralisation.

L'eczéma se distingue aisément par ses lésions élémentaires érythémato-vésiculeuses dont la surface suintante s'impétiginise facilement par suite d'infections secondaires déterminant un prurit intense avec lésions de grattage. Les syphilides cutanées secondaires se reconnaissent facilement : l'érythème de la roséole, rare chez le nourrisson, est une éruption de taches d'un rose fleur de pêcher au début, plus terne au bout de quelques jours. Plus tard, les lésions affectent parfois une forme squameuse, mais l'épiderme soulevé en une fine lamelle brillante laisse, après sa chute, un ourlet squameux connu sous le nom de collerette de Bielt ; de plus, l'élément éruptif est généralement une papule de couleur rouge jambonnée qui devient bientôt papulo-érosif, sous l'influence de la macération. Enfin, la syphilis héréditaire précoce s'accuse parfois par un facies de petit vieillard, des difformités craniennes, la dilatation des veines, l'athrepsie, etc., quelquefois le pemphigus, le coryza, les plaques muqueuses commissurales, fissuraires ou radiées autour des orifices naturels aident au diagnostic. La recherche directe du tréponème dans la lésion, la réaction de Wassermann chez le petit malade et sa mère trancheront la difficulté.

A la phase desquamative, le diagnostic est facilité par la rougeur préalable des téguments.

Ce caractère nous permettra d'éliminer la desquamation lamelleuse des nouveau-nés qui consiste en dessiccation et fendillement de l'épiderme dès les premiers jours de la vie et chute en lamelles, sans congestion ni inflammation de la peau. Quant à la desquamation physiologique, elle ne revêt jamais ni l'intensité ni l'abondance de l'érythrodermie et n'éveille aucune inquiétude chez la mère.

L'ichtyose congénitale érythrodermique avec ou sans bulles peut simuler l'érythrodermie, mais elle existe dès la naissance. La peau est rouge, fissurée, quelquefois recouverte de squames épaisses, larges, croûteuses, semblables à des écailles de sauriens ; sa durée est plus longue que celle de l'érythrodermie, mais sa rougeur, l'absence de fissuration, ses squames d'ordinaire micacées nous permettront de faire la différenciation.

Le peniphigus épidémique ou impétigo bulleux des nouveau-nés se caractérise par des bulles claires, tendues hémisphériques dont l'emplacement au tronc, sur le cou, aux membres, jamais sur les régions plantaires et palmaires, rarement à la face, laissent après dessiccation ou rupture du contenu des éléments nummulaires foliacés qui desquament. Mais l'érythrodermie est rarement vésiculeuse sauf en certains points, quand le traitement par les bains ou les pansements humides favorisent l'infection.

Nous ne mentionnerons la scarlatine que pour éviter de porter ce diagnostic. Sa rareté chez les nouveau-nés, l'angine et la température sont assez caractéristiques pour éviter cette confusion.

L'érythrodermie ne sera pas confondu non plus avec

le pityriasis rubra dont l'évolution est bien différente.

Mais si nous pouvons éliminer facilement toutes ces affections, il en est une qui prête aisément à confusion : cet l'eczéma rubrum dont nous avons recueilli un cas pendant que nous suivions nos nourrissons : la rougeur oedémateuse ne disparaît pas complètement par la pression du doigt. Il s'observe sous forme de nappes étendues, tantôt en poussées aiguës, facile alors à différencier, tantôt persistant et torpide, plus difficile à identifier. Mais, au toucher, on constate qu'il existe un léger velouté de la peau, formé de petites vésicules confluentes. Au bout de quelques jours, cette érythrodermie est suivie d'une desquamation abondante, de courte durée, laissant hésiter encore le diagnostic. Mais elle ne présente pas l'abondance du squame de l'érythrodermie, récidive souvent à maintes occasions (poussée dentaire, etc.) et se distingue par un cycle d'éruption, de suintement, d'exfoliation, quelquefois de croûtes qui supprime alors la confusion.

Plus récemment, les dermoépidermites microbiennes généralisées, érythémato-squameuses, décrites par GOUGEROT, survenant dans les premiers jours de la vie ou dans les premiers mois ont été signalées et l'auteur insiste sur sa confusion possible avec la dermatite exfoliatrice des enfants à la mamelle. Cette confusion s'explique par les points de départ habituels des dermoépidermites qui sont : le siège (à la suite de diarrhée), le pourtour de la bouche et parfois les yeux atteints de conjonctivite, les plis cutanés.

Et tout de suite se pose la question de l'analogie possible de ces deux affections, et par là-même un démembre-

ment de certaines érythrodermies confondues avec les dermoépidermites.

A la première question, nous répondrons en montrant la dualité des deux affections. Si l'érythème et la desquamation sont semblables, la séborrhée abondante du cuir chevelu, l'allure non infectieuse de l'érythrodermie lui sont spéciales, tandis que dans le cas de dermo-épidermite l'auteur signale une macération des plis cutanés, du cou, de la région retro-auriculaire qui se fistulent, s'ulcèrent, deviennent croûteux, recouverts de crouelles ambrées poussiéreuses. Dans ce cadre, nous devons sans doute comprendre le cas d'érythrodermie décrit par BALZER et dont le traitement par les bains de permanganate dirigé contre l'infection de la peau a donné de bons résultats. Nous admettons, en réponse à la deuxième question, que certains cas peuvent être isolés de l'érythrodermie desquamative et nous reconnaitrons que certaines formes décrites par RITTER, avec érosions, rhagades autour de la bouche, pouvaient être de véritables érythrodermies, compliquées d'infections secondaires, réalisant les dermo-épidermites microbiennes.

Ces différences étant établies, le diagnostic sera d'autant plus aisé que, dans les cas francs, la généralisation, la couleur rouge, la calotte séborrhéïque et la desquamation intense ne prêtent pas à confusion.

Traitement

En parcourant l'histoire de l'érythrodermie desquamative, nous voyons successivement prescrire différents modes de traitement.

Les bains et les pansements humides adoptés par les auteurs autrichiens macèrent la peau qui, de ce fait, suinte, s'excorie, ouvrant ainsi la porte à l'infection, ajoutant à la gravité de la maladie.

Plus tard, FERREIRA propose les enveloppements oléocalcaires, le poudrage abondant et régleme les tétés.

Les corps gras préconisés par la suite, sous forme de pommades même peu actives, ne sont pas à recommander : irritants, ils congestionnent la peau.

BECK a conseillé la suppression de l'allaitement maternel, mais nous pensons au contraire que ce mode d'alimentation doit être encouragé et surveillé, à moins que l'analyse ne révèle un lait absolument défectueux.

Les bains de permanganate de potasse conseillé par BALZER, visent l'infection streptococcique de l'épiderme.

Une autre cure préconisée par HALLÉ consiste à faire vivre les bébés tous nus dans un berceau rempli de son.

Récemment, dans le service du Professeur MARFAN, MM. BLECHMANN et HALLEZ, après avoir employé dans une forme sévère d'érythrodermie exfoliante avec fièvre les

attouchements au nitrate d'argent à 1 % et la pommade au goudron, eurent recours au procédé suivant :

La mère n'ayant plus de lait, et la nourrice qui allaitait l'enfant trois fois dans les 24 heures n'étant pas là, ils injectèrent à plusieurs reprises sous la peau de l'abdomen du lait cru provenant d'une nourrice de la crèche. Sans établir de relation certaine de cause à effet entre le traitement et la guérison du petit malade, les auteurs font remarquer que les injections de lait de femme ont été bien supportées et qu'une augmentation de poids s'accompagnant d'une disparition progressive de la desquamation à larges lambeaux a suivi de très près cette série d'injections.

Que penser de cette nouvelle technique ? A défaut d'une action spécifique, nous admettons volontiers qu'elle contribue à l'amélioration de la maladie, en tant que traitement de l'état général et peut-être en procurant des ferments de combat ! C'est dans ce but que nous avons appliqué cette technique dans notre observation V.

Mais de très bons résultats ont été obtenus par un traitement bien simple, portant sur l'hygiène, la diététique, ainsi que quelques soins dirigés contre l'affection cutanée elle-même.

L'enfant sera élevé dans les meilleures conditions d'hygiène. La propreté fera l'objet d'une attention particulière, afin d'éviter la macération de la peau dans les langes souillés.

S'il s'agit d'un nourrisson au sein, le régime de la nourrice sera surveillé. Elle devra s'interdire une alimentation carnée abusive, s'abstenir de mets acides ou épicés, de poissons, de coquillages, de légumes qui fermentent, de vins, de boissons alcooliques ; elle fera usage

de préférence d'aliments farineux. Si l'analyse révélait un lait par trop défectueux, un changement de nourrice s'imposerait.

Si l'enfant est au biberon, l'usage d'un lait différent exerce parfois une action heureuse sur la dermatose et les troubles digestifs : la façon de donner influera également. Les tétées ou biberons, au nombre de 6 par 24 heures, seront régulièrement espacées par des intervalles de 3 heures et la durée de la tétée ne sera pas prolongée comme les jeunes mères ont une tendance trop fréquente au début.

Le traitement local dirigé contre la dermatose a pour but de combattre l'inflammation, la congestion de la peau, en favorisant sa kératinisation.

Les soins de propreté consisteront en lotions rares ; quelques légères onctions à l'huile d'amandes douces faciliteront la chute des squames.

Le seul traitement médicamenteux convenant à tous les cas, d'une application facile, sans inconvénient, est le pansement sec, le saupoudrage des régions atteintes. On emploiera dans ce but les poudres minérales inertes, le talc ou le mélange suivant :

Talc	}	aa.....	20 gr.
Lycopode			
Amidon			
Acide borique			
Oxyde de zinc	}		
Acide salicylique.....			
			1 gr.

Les résultats que nous avons obtenus par ce procédé sont la meilleure preuve de l'efficacité de ce simple trai-

tément; convenant d'ailleurs à bien des dermites infantiles et que nous recommandons aussi aux mères nourrices à titre prophylactique pour éviter la généralisation des érythèmes fessiers, si fréquents chez les nourrissons.

Conclusions

1° La dermatite exfoliatrice des enfants à la mamelle de RITTER, l'érythrodermie desquamative des nourrissons de Carl LEINER, le syndrome de LEINER, MOUSSOUS, l'érythrodermie desquamative séborrhéique, l'érythrodermie exfoliatrice généralisée sont les synonymes d'une seule et même affection.

2° L'érythrodermie desquamative peut être considérée comme la projection sur la peau de manifestations endogènes résultant d'une déviation de la nutrition.

3° L'érythrodermie ne possède pas l'allure d'une maladie épidémique, ni saisonnière, ni infectieuse, mais présente de nombreux points communs avec l'eczéma dont elle semble se rapprocher par des liens de parenté morbide et a été rangée parmi les eczématides.

4° Par la diversité de ses manifestations, l'érythrodermie a pu donner lieu à des descriptions différentes, alors qu'en réalité il s'agit de modalités diverses d'une même affection.

5° L'érythrodermie desquamative des nourrissons est une maladie aiguë, dont l'évolution est de durée limitée quand elle est traitée convenablement.

6° Chez des enfants nourris au sein, l'érythrodermie desquamative dénuée de complications a un pronostic

bénin et guérit sans laisser de trace dans un délai variant entre 3 semaines à 2 mois.

7° Dans les faits de passage, l'érythrodermie se distingue : des érythèmes simples par ses squames abondantes ; de la desquamation physiologique par la couleur rouge vif de son érythème. Quand elle est généralisée, si la distinction avec l'ichtyose, le pemphigus, les érythèmes syphiloïdes est aisée, il est plus délicat de la différencier de l'eczéma rubrum, de la dermo-épidermite microbienne.

8° Le traitement comportera, outre une partie hygiénique et diététique, une propreté minutieuse et le poudrage abondant.

Les injections de lait sont un bon mode de traitement adjuvant quand l'état général de l'enfant laisse à désirer. La séborrhée du cuir chevelu sera traitée avec une pommade décapante.

Vu :

Nancy, le 12 décembre 1921.

Le Président de la thèse,

P. HAUSHALTER.

Vu :

Nancy, le 16 décembre 1921.

Le Doyen,

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 17 décembre 1921.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Membre de l'Institut.

Bibliographie

- AUBERT H. — *Erythèmes de la région fessière chez les enfants en bas âge* (Thèse de Bordeaux, 1892).
- AUDRY Ch. — Erythrodermie desquamative des nourrissons (*Revue Française de Médecine et de Chirurgie*, 10 novembre 1908).
- Sur l'érythrodermie desquamative du nourrisson, type Leiner (*Province Médicale*, 1^{er} août 1912).
- BALZER. — *Bulletin Médical*, 20 juin 1917.
- BECK C. — Uber erythrodermia desquamativa der Säuglinge (Leiner's Krankheit) (*Münschen. Med. Wochenschrift*, 1911, n° 10).
- BLECHMANN et HALLEZ. — *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, avril 1921, n° 2.
- BILLARD. — *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*, 1828.
- BROcq. — *Pratique dermatologique*, T. II, p. 548.
- *Traité de dermatologie pratique*.
- BORDOT et ROGELIO D'OVIDO. — Sindroma Leiner Moussom, erithrodermia descamativa séborreica (*Analyse in Arch. Med. des enfants*, novembre 1915, décembre 1917).
- CALVO MECKENNA. — Un caso de erythrodermia descamativa de Leiner (*Arch. Lat. Americanos de Pediatra*, février 1912).
- COMBY. — *Traité de Maladies de l'enfance*, 6^e édition, 1920, p. 943.
- Erythrodermie desquamative des nourrissons (*Arch. Med. Enfants*, 1909, p. 209).
- Erythrodermie exfoliatrice généralisée (*Arch. Med. Enfants*, 1918, p. 393).
- DELLA FAVERA. — Uber die Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter) (*Arch. für Dermat. und Syphil.*, 1910).

- DARIER, MILIAN et BROCCQ. — Société de Dermatologie et Syphilis, séance du 3 novembre 1904.
- DARIER. — *Précis de Dermatologie*, 1918, p. 119.
- DÜHRING. — *Traité des Maladies de la peau*, 1883.
- ESCHERISCH. — Contribution à l'étude de quelques dermatoses du nourrisson (*Pédiatrie*, 1897).
- FERNANDEZ. — Erythrodermia descamativa généralizada (*Analyse in Arch. Med. Enfants*, août 1918, p. 442).
- FERREIRA. — Un cas d'érythrodermie desquamative (*Societa Medica Argentina*, juin 1909).
- GISMONDI. — Erythrodermie desquamative (*La pediatria*, 15 juillet 1920).
- GOUGEROT. — *La Dermatologie en clientèle*. Erythrodermies des nouveau-nés et des nourrissons, p. 324. Dermo-épidermites microbiennes généralisées, p. 780.
- Importance des dermo-épidermites microbiennes en médecine infantile (*Journal des Praticiens*, n° 50, décemb. 1917).
- HAUSHALTER. — Un cas d'érythrodermie desquamative du nourrisson (*Arch. méd. enfants*, octobre 1910).
- HÉDINGER. — Über die Zusammenhang der Dermat. exfol. néonat. (*Jahrbuch für Kinderheilk*, 1904).
- HUTINEL et JEANSELME. — *Les maladies des enfants*, T. IV. Article : Maladies de la peau.
- KAPOSI. — *Pathologie et traitement des maladies de la peau* (traduction Besnier-Doyen), T. I, 1891.
- KAPOSI, PICK, RILLE. — Sixième Congrès de la Société allemande de Dermatologie et de Syphiligraphie, Strasbourg 1898.
- KEDARNATH DAS. — Dermatitis exfoliativa neonatorum or Ritter's disease (*Lancet*, 1900).
- KIRK WHITE D. — A case of dermat. exf. néonat. (*Journal of cutaneous diseases*, 1895).
- KNOEPFELMACHER et LEINER. — Pemphigus und dermat. exf. néonat (*Jahrbuch für Kinderheilkrankheiten*, 1904).
- LEINER C. — Über Erythrod. desq. eine eigenartige universelle dermatose der Brustkinder (*Arch. für dermat. und syphil.*, 1908).

- Erythrod. desquamativa (*The British Journal of Children's diseases*, juin 1908).
- LUTHLEN WIENN F. — Dermatitis exfol. Ritter (*Arch. fur Dermat. und Syphil.*, 1900).
- LESAGE. — La débilité arthritique chez l'enfant (*Gazette Hôpitaux*, 1920, n^{os} 62, 68).
- DE LOEWE (M^{lle}). — Quelques observ. d'éryth. desq. génér. (*Arch. med. enf.*, décembre 1915).
- MORO E. — Über die Stellung der Eryth. Desqua. Leiner in Krankheitsystem (*Munschners Med. Wochenschrift*, 1911, n^o 10).
- MOUSSOUS. — Erythème fessier et eczéma séborrhéïque (*Arch. med. des enfants*, 1909, p. 180).
- NIEMANN. — Etat actuel de la diathèse exsudative (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n^o 10, mars 1921).
- PAGLIARI F. — Sopra un caso di Dermat. exfol. neonat (*Pediatrics*, novembre 1897).
- PATEK. — Derm. exfol. néonat. or Ritter's disease (*Journal of Cutaneous diseases*, juin 1904).
- PERCHERON. — Thèse de Paris, 1875.
- RAYER. — *Traité des Maladies de la Peau*, 1835.
- RAYMOND, BARBE, WIDAL, BROcq et BESNIER. — Société de Dermat. et de Syphil., 1892.
- RITTER VON RITTERSHEIM. — Dermatitis exfoliativa Néonatorum (*Centralzeitung fur Kinderheilkrank*, vol. 1, p. 3).
- ROCAZ. — L'eczéma des nourrissons (*Arch. medic. enfants*, février 1911).
- SKINNER. — A note on the histology of dermat. exfol. néonat. (*British Journal of Dermatology*, mars 1910).
- SORGENTE. — Sopra un caso di morbo di Ritter, dermat. exfol. néonatorum (*Pediatrics*, mai 1912).
- SPENCER W. — Ant outbreak of dermat. exfol. neonat. (*Australasian Medical Gazette*, 1899).
- DE VAUGIRAUD. — Contribution à l'étude des Erythr. Desq. des nourrissons (Thèse de Paris, 5 juin 1913).
- WEYL A. — *Handbuch der Hautkrankh.*, 1883.
- WINTERNITZ. — Ein Beitrag zur Kenntnis der Derm. exf. néonat. Ritter (*Arch. für Derm. und Syphil.*, 1898).

TABLE DES MATIÈRES

Avant-Propos	5
Introduction	9
Historique	11
Etude clinique.....	15
Observations	19
Evolution	37
Pronostic	39
Anatomie pathologique.....	41
Etiologie	43
Pathogénie	47
Diagnostic	51
Traitement	57
Conclusions	61
Bibliographie	63
